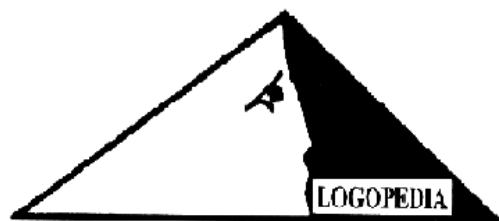




ADHERENCIA Y CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO FAMILIAR EN TRATAMIENTOS LOGOPÉDICOS DE DISLALIA

TRABAJO DE FIN DE GRADO



Laura García Martínez

4º de Grado en Logopedia

Facultad de Medicina

Universidad de Valladolid

2014- 2015

ÍNDICE

Págs.

RESUMEN.....	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	5
1. JUSTIFICACIÓN Y RELACIÓN CON LAS COMPETENCIAS DEL GRADO.....	6
1.1. Fundamentación Teórica	6
1.2. Competencias del Grado de Logopedia.....	8
2. OBJETIVOS DEL TRABAJO.....	10
2.1. Objetivo General.....	10
2.2. Objetivos Específicos	10
3. METODOLOGÍA	11
3.1. Procedimiento	11
3.2. Criterios de inclusión y exclusión.....	12
4. RESULTADOS OBTENIDOS.....	14
5. CONCLUSIONES.....	22
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	24
DECLARACIÓN PERSONAL DE NO PLAGIO.....	26

“Adherencia y Cumplimiento Terapéutico familiar en tratamientos logopédicos de dislalia”

RESUMEN

Esta revisión bibliográfica trata sobre la Adherencia y el Cumplimiento terapéutico familiar en los tratamientos logopédicos de los sujetos con patología de dislalia, haciendo hincapié en los conceptos tratados en esta revisión, la metodología aplicada, los resultados adquiridos y, finalmente, las conclusiones obtenidas.

En la actualidad este tema es de gran importancia en patologías tanto del ámbito logopédico como de cualquier otra especialidad, ya que el grado en el que el paciente y su familia se adhieran o ejecuten los consejos o pautas del logopeda, podrá contribuir de manera positiva o negativa en el tratamiento y recuperación de ese paciente.

PALABRAS CLAVE

Adherencia, cumplimiento terapéutico, familia, dislalia.

“Family Therapeutic Adherence and Fulfillment of the speech and language therapy treatments in patients suffering from dyslalia”

ABSTRACT

This bibliographic review describes the family therapeutic adherence and fulfillment of the speech and language therapy treatments in patients suffering from dyslalia (phonological disorder), highlighting the concepts mentioned in this review, the methodology applied, the results acquired and finally the conclusions obtained.

This is a topic of great importance in pathologies nowadays, in the speech and language therapy area, as well as any other medical specialty, as the patient and his family adherence level to the advice and instructions from the speech and language therapist will contribute in a positive or negative way to the treatment and recovery of that patient.

KEY WORDS

Adherence, therapeutic fulfillment, family, dyslalia (also known as phonological disorder).

INTRODUCCIÓN

Este trabajo de fin de grado tiene como objetivo principal explicar la importancia de la adherencia y el cumplimiento familiar en los tratamientos logopédicos de los sujetos con dislalia, así como conseguir que la familia colabore con los diferentes profesionales a lo largo de la intervención logopédica y a la vez esté motivada con el tratamiento, para ello realizaré una revisión bibliográfica de una serie de artículos, libros y blogs de psicología, los cuales me ayudarán a conseguir este objetivo.

La disposición seguida de los diferentes epígrafes y de su contenido es la siguiente:

En el *primer apartado* justificaré la elección del trabajo e identificaré las competencias del grado de Logopedia que han sido necesarias para la realización del mismo, perseguidas en el grado de Logopedia.

El *segundo epígrafe* recoge los objetivos generales y específicos que guían el presente trabajo.

El *tercer epígrafe* describe la metodología que he utilizado para conseguir los objetivos mencionados en el anterior epígrafe centrándonos en la búsqueda de los artículos que han hecho posible este estudio además de los criterios de inclusión y exclusión manejados para la selección de los mismos.

El *cuarto epígrafe* es el más extenso ya que es en el que expongo los resultados obtenidos en cuanto al concepto, los casos estudiados, la patología, los síntomas logopédicos y otros y al tratamiento.

Finalmente, en el *epígrafe quinto* se razonan las conclusiones, las cuales son el resultado de contrastar los artículos seleccionados.

1. JUSTIFICACIÓN Y RELACIÓN CON LAS COMPETENCIAS DEL GRADO

Mi interés en realizar esta revisión bibliográfica analizando los diferentes factores y en qué medida podrían estar interviniendo tanto en nuestra intervención con los pacientes como con las familias, viene suscitada por mi estancia de prácticas en un colegio público de Valladolid, en el cual intervine logopédicamente a 15 pacientes, de los cuales únicamente una familia se mostró preocupada por la intervención que estaba realizando con su hijo, queriendo colaborar para la mejora de la patología que presentaba su hijo pidiéndome pautas para trabajar en casa y manteniendo contacto vía e-mail conmigo de los progresos e inquietudes que pudieran surgirles.

A lo largo de las prácticas pude observar que ese niño, el cual su familia tuvo adherencia y cumplimiento hacia el tratamiento, experimentó más progresos en la intervención que cualquier otro niño o niña de los que intervine durante los seis meses, esto mismo es lo que me gustaría corroborar con la realización de este trabajo.

1.1 JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

La familia es muy importante en el desarrollo de los niños y de las niñas, se podría confirmar que es el contexto de desarrollo por antonomasia durante los primeros años de vida de las personas.

Muñoz, A., (2005) establece en su artículo “La familia como contexto de desarrollo infantil. Dimensiones de análisis relevantes para la intervención educativa y social” la definición establecida por Palacios en cuanto al concepto de familia:

“La familia es el contexto más deseable de crianza y educación de niños y niñas y de adolescentes, ya que es quien mejor puede promover su desarrollo personal, social e intelectual y, además, la que habitualmente puede protegerlos mejor de diversas situaciones de riesgo”. (p.148).

La patología logopédica del niño es siempre un problema familiar y su correspondiente calidad de vida está vinculada con la implicación de la familia en el tratamiento, para lo cual es imprescindible la adherencia y el cumplimiento terapéutico.

Se ha definido adherencia según Conthe: 2012, citado por Quemada: 2015, como “la medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el médico u otro profesional sanitario, tanto desde el punto de vista de hábitos o estilo de vida recomendados, como del propio tratamiento farmacológico prescrito, expresándose con él el grado 11 de coincidencia entre las orientaciones dadas por el profesional sanitario y la realización por parte del paciente, realizadas éstas tras una decisión completamente razonada por éste último” (p.10).

En cuanto al término de cumplimiento terapéutico según Sackett , citado por Rigueira: 2001, como “el grado hasta el cual la conducta del paciente, en términos de tomar medicamentos, seguir las dietas o ejecutar los cambios en el estilo de vida, coincide con la prescripción clínica” (p.559)

Es preciso que los familiares comprendan el problema que padece su hijo e intenten adaptarse a las características y particularidades de cada patología en sus diferentes etapas (diagnóstico, intervención...) reorganizando su vida familiar.

Las patologías logopédicas son en algunos casos impredecibles y en otros casos no tanto como puede ser una dislalia funcional, la cual constituye el trastorno del lenguaje más común en niños, igualmente ambas requieren de una atención por parte del logopeda y de la familia de manera constante, ya que este problema puede producir cambios en la familia a nivel estructural y emocional.

Es necesario que no culpemos a las familias si el tratamiento y la recuperación de nuestro paciente no se producen tal cual habíamos pensado en un principio. Según Rodríguez, A. y Beyebach, M.:

“La falta de colaboración de los padres está relacionada con nuestra forma de actuar, con lo que hacemos o decimos nosotros y no con la forma de actuar de nuestros clientes. Debemos analizar nuestra actuación y los aspectos de ella que han podido provocar la reacción de nuestros clientes”. (1997, p.21)

En la patología de dislalia funcional el logopeda debe de dar unas pautas a los padres para que el sujeto realice ejercicios en casa y de este modo la terapia sea más rápida y efectiva. “Se plantea que esta terapia debe ser presentada al niño, como un

entretenimiento, en el cual encuentre gusto y justificación instructiva, repitiéndolo diariamente hasta llegar a la automatización de los fonemas aprendidos” (Regal, 1999, p.92). De acuerdo a esto, los padres deberían adherirse al tratamiento y favorecer la calidad de vida del niño/a.

1.2 COMPETENCIAS DEL GRADO DE LOGOPEDIA

Este trabajo de fin de grado ha contribuido al desarrollo de las siguientes competencias, las cuales se encuentran ordenadas en la memoria del Grado en Logopedia de la Universidad de Valladolid constatada por el programa Verifica \ ANECA y formuladas en la Orden CIN/726/2009 de 18 de marzo (BOE de 26 de marzo).

- a) Asesorar a familias y al entorno social de los usuarios, favoreciendo su participación y colaboración en el tratamiento logopédico.

Teniendo en cuenta los conocimientos obtenidos a lo largo de las diferentes asignaturas del grado y en especial en la asignatura de Psicología de la familia. Esta competencia ha sido fundamental para desarrollar este trabajo de fin de grado.

- b) Explicar y argumentar el tratamiento seleccionado.

Mediante el apartado de tratamiento logopédico y otros, situado en el epígrafe de resultados.

- c) Usar las técnicas e instrumentos de exploración propios de la profesión y registrar, sintetizar e interpretar los datos aportados integrándolos en el conjunto de la información.

Los familiares deben estar informados en todo momento tanto de los resultados que el paciente obtenga en los diferentes test, como de los cambios que surjan si fueran necesarios en la intervención.

- d) Trabajar en los entornos escolar, asistencial y sanitario formando parte del equipo profesional. Asesorar en la elaboración, ejecución de políticas de atención y educación sobre temas relacionados con Logopedia.

Es necesario saber la importancia del trabajo en equipo y adaptarse a los diferentes contextos susceptibles de intervención.

- e) Comprender y valorar las producciones científicas que sustentan el desarrollo profesional del logopeda.

Esta revisión bibliográfica me ha ayudado a saber interpretar y volcar información de diferentes artículos científicos basados en la vertiente psicológica y logopédica.

- f) Conocer los trastornos de la comunicación, lenguaje, habla, audición, voz y funciones orales no verbales.

En este caso nos centramos en la patología de dislalia, en la cual profundizaremos en el epígrafe de resultados.

- g) Evaluar la propia intervención profesional para optimizarla.

Este trabajo ha promovido una actitud científica la cual abarca las siguientes competencias transversales:

g.1) Debe ser capaz de observar y escuchar activamente

g.2) Tomar decisiones y asumir la responsabilidad de dicha decisión

g.3) Compromiso ético

g.4) Habilidad de las relaciones interpersonales

g.5) Resolución de problemas

g.6) Razonamiento crítico

g.7) Motivación por la calidad de la actuación

g.8) Adecuada producción del habla, estructuración del lenguaje y calidad de la voz

g.9) Gestionar la relación con el otro

g.10) Capacidad de gestión de la información

2. OBJETIVOS DEL TRABAJO

2.1 OBJETIVO GENERAL

El objetivo general de este trabajo de fin de grado es reflexionar sobre la importancia y la efectividad de la implicación familiar en la pronta recuperación de los sujetos que reciben tratamiento para la patología de dislalia.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Como objetivos específicos estableceré los siguientes:

- ✓ Investigar la literatura científica existente sobre adherencia y cumplimiento terapéutico, familia y tratamiento logopédico de dislalia.

3. METODOLOGÍA

Apoyándonos en el artículo de López (2002) “El análisis de contenido como método de investigación” La correcta elección del método de investigación a la hora de realizar un trabajo es de gran importancia para el desarrollo del mismo. Es necesario llevar a cabo una metodología que nos permita una apropiada consecución de los objetivos que hemos propuesto, a la vez que una formulación exacta del problema y una metodología apropiada para este trabajo.

La primera tarea es fundamental y que consiste en investigar la documentación sobre el tema en el que estamos trabajando; por ello una fase imprescindible en toda revisión bibliográfica es el análisis de los documentos relativos al tema que estamos trabajando.

Cuando nos enfrentemos al análisis del texto escrito, en este caso lo haremos comparando mensajes de dos o más fuentes.

Aunque, los diferentes documentos (en su totalidad escritos) seleccionados se deben someter a un concienzudo estudio para poder obtener la información que queremos y necesitamos.

La segunda tarea, consiste en decidir qué se ha de examinar y registrar, y lo que se estima como «dato».

A continuación vamos a explicar el procedimiento metodológico seguido en este trabajo de fin de grado y los criterios de inclusión y exclusión de los artículos encontrados.

3.1 PROCEDIMIENTO

Para conseguir los objetivos propuestos en este trabajo se han aplicado los conocimientos adquiridos a lo largo del grado de Logopedia y más concretamente en la asignatura de Psicología de la familia, además de a través de la lectura de diferentes artículos científicos basados en familia, adherencia, cumplimiento terapéutico, y dislalias.

La búsqueda en las anteriores bases de datos se llevó a cabo con las palabras “adherencia”, “Cumplimiento Terapéutico”, “Familia” y “Dislalia”. Se obtuvieron varios resultados pero para completarlos la búsqueda se continuó con las palabras clave “Implicación Familiar”, “Adherence”, “Therapeutic Compliance”, “Family” e “Intervención familiar”.

Se ha realizado la búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, El Índice Médico Español, El Servier, DialNet y Google Académico principalmente. Aunque la gran mayoría de artículos han sido seleccionados en las tres últimas.

Las búsquedas bibliográficas se realizaron en dos momentos:

- En el primero se seleccionaron 7 artículos y casi todos sobre la patología de Dislalia y sobre lenguaje infantil, ya que del tema escogido ese era el aspecto que más dominaba por mi titulación.
- En el segundo momento comprendí que mi tema se basaba esencialmente en la adherencia y el cumplimiento familiar, por lo que me centré más en la búsqueda bibliográfica de artículos que tuvieran que ver con estos últimos aspectos. Basándonos en esta nueva exploración se localizaron 18 nuevos artículos que enriquecían el trabajo de un modo diferente, ya no tan logopédico, sino dándole un toque psicológico al centrarnos más en el tema de las familias de los pacientes.

3.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Se han incluido los artículos que cumplen los siguientes requisitos:

- Se utilizarán revisiones sistemáticas, revisiones bibliográficas, ensayos clínicos, estudios de casos y trabajos empíricos.
- Las publicaciones podrán ser de cualquier fecha, de esta manera no limitaremos la búsqueda.
- Los idiomas podrán ser castellano o inglés.
- Artículos en los que se discuta sobre el tema de estimulación familiar aunque no tenga que ver con trastornos del habla.

Se han excluido artículos que:

- Presentan ausencia de resumen.
- No contienen el texto completo.
- Presentan imposibilidad de encontrar el documento.
- Contienen un contenido inadecuado.

4. RESULTADOS OBTENIDOS

Para explicar los resultados he decidido organizar la información para que aparezca de manera ordenada, clara y concisa. Primero se hablará sobre los conceptos que tratan esta revisión, después de los casos, a continuación de la patología, siguiendo por los síntomas logopédicos y otros síntomas y finalizando con el tratamiento aplicado.

Se ha decidido definir los **conceptos** clave que son tratados en esta revisión en un primer momento para comprender mejor el tema de esta revisión.

Las definiciones que más se ajustan a este tema, estudiando sobre todo aportaciones de diferentes autores expertos en salud, familia y trastornos del habla son las siguientes:

En cuanto a adherencia y cumplimiento terapéutico se han encontrado varias dificultades para hallar un único concepto por lo que pondremos las dos que más se aproximan al objetivo de esta revisión.

Según Di Mateo y DiNicola: 1982, citado por Nieto y Pelayo: 2009, la Adherencia es “La implicación activa y voluntaria del Consultante en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado” (p. 63)

En cuanto al concepto de Adherencia Terapéutica, los participantes en la Reunión de la OMS (2004), llegaron a la conclusión de definir la adherencia terapéutica como “el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas”. En particular, se reconoció durante la reunión que la adherencia terapéutica de cualquier régimen refleja el comportamiento de un tipo u otro. Buscar atención médica, conseguir el medicamento recetado, tomar la medicación apropiadamente, vacunarse, cumplir con las consultas de seguimiento y ejecutar las modificaciones en los comportamientos que abordan la higiene personal, el autocuidado del asma o la diabetes, el tabaquismo, la anticoncepción, los comportamientos sexuales riesgosos, el régimen alimentario inadecuado y la actividad física escasa son todos ejemplos de comportamientos terapéuticos.

En esta reunión se hizo un fuerte hincapié en la necesidad de diferenciar la adherencia del cumplimiento terapéutico. La diferencia principal es que la adherencia requiere la conformidad del paciente respecto de las recomendaciones. La OMS cree que los pacientes deben ser socios activos con los profesionales de la salud en su propia atención y esa buena comunicación entre ambos es un requisito esencial para una práctica clínica efectiva.

Otra definición sobre cumplimiento Terapéutico es “la coincidencia de la conducta del consultante con la prescripción médica (Haynes: 1979, citado por Nieto y Pelayo, 2009)

En cuanto al concepto de Familia, hemos elegido la definición de Sarto:

“La familia es el primer contexto socializador por excelencia, el primer entorno natural en donde los miembros que la forman evolucionan y se desarrollan a nivel afectivo, físico intelectual y social, según modelos vivenciados e interiorizados. La familia deberá ofrecer oportunidades suficientes para desarrollar aquellas habilidades y competencias personales y sociales que permitan a sus miembros crecer con seguridad y autonomía, siendo capaces de relacionarse y de actuar satisfactoriamente en el ámbito social”. (Sarto, 2001, p.1)

Teniendo en cuenta la afirmación de (Sarto 2001), considero que la familia deberá implicarse en el tratamiento del sujeto con trastorno de habla para que ese niño o niña pueda desarrollar esas habilidades personales y sociales de las que el autor trata, para que no se sienta objetivamente marginado por ese problema articulatorio. Otro problema importante a tener en cuenta podría ser que el niño sufra una baja en su rendimiento académico, debido a que estos sujetos padecen serias dificultades a la hora de concentrarse al realizar las tareas escolares, siendo frecuente que se muestren distraídos o ausentes.

En cuanto al concepto de dislalia funcional he decidido utilizar la de Pascual (1988),

“Las dislalias son alteraciones en la articulación de algún o algunos fonemas bien por ausencia o alteración de algunos sonidos concretos del habla o por la sustitución de estos por otros, de forma impropia, en personas que no

muestran patologías del sistema nervioso central, ni en los órganos fonoarticulatorios a nivel anatómico. Estas alteraciones perduran más allá de los cuatro años, hasta entonces aparecen muy frecuentemente. Son las más frecuentes y conocidas de todas las alteraciones del lenguaje”. (p.1)

Estas definiciones están apoyadas por numerosos de los artículos repasados, por lo cual han sido seleccionadas.

Finalizamos la búsqueda con un total de 25 artículos que se integran en este estudio. A continuación se exponen los hallazgos que se han encontrado.

En cuanto a los **casos** estudiados hemos establecido varias discrepancias entre autores.

Martín y Grau (2004) en su artículo sobre “La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud” exponen que un 40% de los pacientes no cumple con las recomendaciones terapéuticas; en el caso de las enfermedades agudas, la tasa de incumplimiento llega aproximadamente al 20%, mientras que en las enfermedades crónicas alcanza el 45%. Por otro lado en este mismo artículo apuntan que, según Rodríguez y Marín (1995) cuando los regímenes terapéuticos consisten en cambios de hábitos o estilos de vida, la tasa de cumplimiento es incluso más elevada. Continuando con Dilla, Valladares, Lizán y Sacristán (2009) defienden que en los países desarrollados, las tasas de adherencia a los tratamientos en enfermedades crónicas se sitúan alrededor del 50%. Esta cifra es considerablemente menor en los países en vías de desarrollo, según un reciente informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que considera la falta de adherencia como un “problema mundial de gran magnitud”, el cual es necesario entender para poder desarrollar estrategias y mejorarlo.

Según el estudio realizado por Bones, K., Forns, D., & Chamarro A., se extraen varios resultados: Sabaté (2003) apunta que la falta de adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas es un problema mundial y que los pacientes cumplen, de media, apenas el 50% del tratamiento prescrito. También es importante destacar que, según Koocher, McGrath y Gudas (1990), el funcionamiento familiar es uno de los factores más importantes para la adherencia al tratamiento. Por otro lado Brannon y Feist (2001) señalan las dificultades para medir la adherencia al tratamiento. Por

ejemplo, una de las limitaciones de la evaluación del cumplimiento del tratamiento por parte de los padres es que la observación constante puede ser físicamente imposible, y que un control interrumpido crea una situación artificial, resultando imprecisa la observación por terceros. La literatura también afirma que preguntar a los propios pacientes acerca del cumplimiento del tratamiento, constituye un procedimiento de mayor validez, pero que muchas veces los pacientes tienden a sobrestimar su capacidad de adhesión (Brannon & Feist, 2001; Sabaté, 2003). En función de la imprecisión de las diferentes medidas de adhesión al tratamiento, los estudios destacan la importancia de utilizar diferentes métodos e informadores para evaluar el cumplimiento al tratamiento (Brannon & Feist, 2001; Quittner et al., 2000; Sabate, 2003).

Espina, Fernández y Pumar (2001) realizan un estudio en el que recogen varias opiniones de numerosos autores en cuanto a la **Patología** del Habla en relación con la familia, comenzando por Debot y Sevrin (1969) que afirman que los niños dislálicos presentan particularidades en su organización emocional-afectiva y que sus madres tenían un nivel de exigencia muy elevado, siendo autoritarias pero afectuosas. Monfort y Juarez (1989) y Cadoret (1989) explican que los niños con problemas de habla presentan carencias en las relaciones con los padres, percibiendo el mundo triste y sintiéndose amenazados. Corroborando esto Bowen y Coupplés (1999) y Griffer (1997) valoran la importancia que tiene el entorno social y familiar en el desarrollo del trastorno y señalan la necesidad de una intervención en el contexto familiar si esto fuera necesario.

Según Martín y Grau (2004), la adherencia al tratamiento comienza a desempeñar su papel en el momento posterior al diagnóstico de la enfermedad, cuando suele producirse una diferenciación subjetiva entre su caracterización nosológica (etiología, pronóstico y tratamiento) y la forma en que la percibe quien la padece, el significado que le confiere.

En cuanto a los **síntomas logopédicos y otros síntomas**, se ha encontrado poca información sobre este apartado, según Ginarte (2001) la falta de apego genera grandes pérdidas en lo personal, familiar y social. En lo personal, el paciente puede

presentar complicaciones y secuelas que traigan consigo un gran sufrimiento y limitaciones irreversibles y progresivas. Desde el punto de vista social significa un enorme costo para las instituciones de salud proporcionar servicios que son utilizados en forma inadecuada, se prolongan innecesariamente los tratamientos y se presentan recaídas y readmisiones que podrían evitarse.

Aguaded, MC. (2000), en su artículo “La participación de la familia en el desarrollo del lenguaje y en el aprendizaje escolar” expone la opinión de varios autores, indicando que aquel niño que no haya consolidado su lenguaje puede encontrar problemas de adaptación. Uno de los autores que menciona es Bruner (1984), el cual afirma que el lenguaje es un instrumento con el que se hacen cosas y se hacen para otros. Es decir: «no es un mero cálculo de oraciones ni un catálogo de significados, sino un medio de relacionarse con los otros seres humanos en un mundo social con la intención de hacer algo». Así, la familia, el nivel sociocultural de la misma, las expectativas escolares con respecto a sus hijos, el grado de estimulación, etc., puede influir positiva o negativamente en la adquisición y desarrollo del lenguaje. Otros autores como Dale (1980), Luria (1980) y Rondal (1980), señalan que un ambiente lingüístico deficiente retarda el desarrollo del lenguaje infantil. Tizard (1972), Gardner (1976), López (1980) y Mardomingo (1981) manifiestan que las circunstancias ambientales anómalas van a tener una repercusión un tanto adversa sobre el comportamiento del niño, cuanto más pequeño es éste y cuanto más prolongada sea su duración. Afirman igualmente que las funciones cognitivas y el lenguaje son los más vulnerables y las que tienen peor pronóstico.

El **tratamiento** logopédico que podríamos llevar a cabo con la familia del paciente para que se produzca la adherencia y el cumplimiento terapéutico que buscamos sería el siguiente:

- Mantener el contacto en la llegada y la despedida o recogida del niño o niña.
- Establecer entrevistas individuales con los padres antes de comenzar el tratamiento y fijar varias tutorías a lo largo del curso.

- También acordar reuniones trimestrales a los padres si tenemos varios pacientes en grupos, en las cuales se les informará de los contenidos de trabajo de ese trimestre y se recogerán sus propuestas e inquietudes.
- Realizar fiestas, actividades extraescolares, representaciones teatrales, con el fin de acercar a los pacientes y sus familias a las terapias.
- Proponer charlas, tertulias, “escuela de padres”, talleres... fijando espacios "sólo para adultos", para que las diferentes familias entren en contacto y se ayuden unas a otras contándose sus experiencias y preocupaciones.
- Si las sesiones fueran en el contexto escolar, la participación de los padres en el Consejo Escolar, AMPA también podría dar buen resultado.
- Mantener contacto vía e-mail, de manera telefónica, o mediante notas informativas que les haremos llegar a los padres a través del paciente.
- Implicación de los padres en tareas de apoyo, como podría ser el periodo de adaptación, día de las profesiones (si estuviéramos en contexto escolar), talleres, actividades extraescolares...

En algunos casos hay que realizar intervención primero dentro del núcleo familiar para luego centrarnos en la propia adherencia de esa familia al tratamiento. El artículo “Contextos de colaboración familia-escuela durante la primera infancia”, cuyos autores son Mir, M., Batle, M. y Hernández, M., (2009) nos da cierta información sobre este tema, como por ejemplo que, actualmente, es necesario incorporar servicios de promoción y apoyo a las familias con niños y, a la vez, favorecer programas de prevención y detección de situaciones de dificultad para que no lleguen a ser consideradas de riesgo.

En este mismo artículo, también se explica la aparición desde hace 30 años en el contexto europeo (AAVV, 2002; Abeyà, 2005), y también en el nuestro más cercano (Antón, 2003; Ferrer, 2008), algunos programas y servicios destinados a la prevención y promoción de la salud mental de los niños a partir del trabajo con las familias. Algunos de estos programas trabajan únicamente con los padres mientras que otros focalizan su atención en fortalecer las relaciones entre padres e hijos y así trabajan con

ellos simultáneamente. Pasamos a observar los programas que nos podrían ayudar más con el tema de este trabajo, los cuales hemos localizado en el artículo mencionado anteriormente: “Contextos de colaboración familia-escuela durante la primera infancia” de Mir, M., Batle, M. y Hernández, M., (2009), en el cual los autores recogen los siguientes programas:

- *Anna Freud Center* (Londres, 1984). Este programa tiene como referencia el modelo psicoanalítico y concretamente los trabajos de Winnicott (1990) sobre espacio transicional. En este servicio se pretende favorecer el vínculo afectivo a partir del juego como actividad agradable entre madre e hijo.
- *Programa “Tempo per le Famiglie”* (Italia, 1982). Estos programas se han puesto en marcha en los ayuntamientos italianos de Pistoia, Milán, Módena entre otros. Trabajan con madres e hijos menores de 3-4 años en grupos estables y su principal objetivo es ofrecer un espacio de relación para los niños y compartir vivencias relacionadas con la maternidad.
- *National Newpin* (Londres). Esta organización, que tiene la sede en Londres, ofrece métodos de intervención temprana a niños en riesgo identificados por pediatras y personal de los servicios sociales. Los programas que llevan a cabo han demostrado su efectividad en la mejora de las relaciones padres-hijos a la vez que se favorecen los vínculos afectivos.
- *Maison Vert de Françoise Dolto* (París, 1979). De inspiración psicoanalítica ayuda a padres e hijos a realizar una progresiva separación acompañados de terapeutas que dan pautas y ayudan en este proceso, de este modo se prepara la adaptación para una futura escolarización.
- *Espacios familiares* (Barcelona, 1989). El Espacio Familiar es una nueva tipología de servicio socio-educativo destinado a padres y madres de niños en primera infancia. Tiene un aspecto claramente preventivo y educativo para las familias. Pretende mejorar las habilidades de crianza, favorecer la capacidad empática de los padres, ofrecer respuestas sensibles a los hijos, vivenciar otros modelos de interacción a través del trabajo en grupo y paliar el sentimiento de aislamiento y debilidad de los padres y madres.

- *Preescolar Na Casa* (Galicia, 1977) Es un programa de formación de padres con niños de 0 a 6 años cuyo principal objetivo es ofrecer información sobre aspectos de la vida diaria y como ayudar al desarrollo de los hijos. En sus inicios este programa cubría la atención a los niños en zonas rurales y actualmente incluye diferentes modalidades: publicación de revistas y artículos, programas de radio y televisión, sesiones de orientación, etc.
- En la comunidad balear han aparecido algunas experiencias con carácter innovador, impulsadas por la iniciativa de instituciones públicas y privadas, que tienen por objetivo la atención al niño y a su familia desde la vertiente socioeducativa como los 'espais familiars' (Mir y Riera, 2004).

Para terminar los resultados de la literatura revisada, afirmar que este trabajo está orientado a la recopilación de aspectos psicológicos y logopédicos sobre la adherencia y el cumplimiento terapéutico. Actualmente hay una gran escasez de artículos en los cuales se traten estos temas y más aún relacionados con la logopedia, por lo cual se considera necesaria la aportación de nueva información y una mayor difusión o dispersión sobre el conocimiento de la logopedia en la sociedad y sobre la importancia de la familia en los tratamientos.

5. CONCLUSIONES

Esta revisión bibliográfica deja clara la importancia de la familia y de su implicación en cuanto a los trastornos del habla y otras posibles patologías.

El objetivo general de este trabajo de fin de grado es reflexionar sobre la importancia y la efectividad de la implicación familiar en la pronta recuperación de los sujetos que reciben tratamiento para la patología de dislalia.

De acuerdo a este objetivo general hemos llegado a las siguientes conclusiones fruto de los resultados obtenidos.

1. Diferentes autores están de acuerdo en que la consecuencia más importante de la no adhesión al tratamiento fijado por la o el logopeda es la falta de respuesta terapéutica o por el contrario la obtención de respuestas no deseadas.
2. La falta de apego al tratamiento puede producir grandes pérdidas en lo familiar, en lo social y en lo personal.
3. Es muy importante el grado en el que la familia y el paciente se adhieran a las orientaciones del logopeda ya que si existe el incumplimiento de la terapia como hemos dicho con anterioridad, el tratamiento será ineficaz produciendo resultados nefastos.
4. Es importante ayudar a los padres y crear juntos pautas terapéuticas que contribuyan a mejorar la calidad de vida, tanto del paciente como de su familia, favoreciendo además a una mejor utilización del tratamiento.
5. Se confirma la importancia de una buena interacción logopeda-paciente, ya que si existe una comunicación eficiente y activa se producirá la satisfacción del paciente en relación a esa afinidad o trato. Se ha analizado que si el logopeda facilita la información que sea necesaria de un modo que beneficie y garantice los niveles mínimos de comprensión por parte del enfermo esto ayudaría a mejorar la adherencia.
6. Por otro lado decir que no existe una táctica habitual o general para facilitar esa adherencia y ese cumplimiento terapéutico, cada paciente, junto con su familia son diferentes y es necesario adaptar esa “intervención” aparte de al paciente

en concreto, a la familia y cuando sea necesario coordinar y compaginar las dos intervenciones para optimizarla.

7. Se observa necesario el desarrollo de nuevas investigaciones, ya que ha sido complicado encontrar artículos sobre el tema del que trata este trabajo, de este modo se contribuiría a una mejor salud del paciente y de su familia, y mermando los gastos sanitarios si los pacientes y sus familias tuviesen un mayor grado de adherencia y cumplimiento terapéutico hacia el tratamiento.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguaded, MC. (2000). La participación de la familia en el desarrollo del lenguaje y en el aprendizaje escolar. *Revista de Educación*, 2, (313-318).
- ANECA. (2005). Libro Blanco. Título de Grado en Logopedia. Madrid. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación.
- Bones, K., Forns, D., & Chamarro, A. (2009). Relación entre Adherencia al Tratamiento, Clima Familiar y Estilos Educativos. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, Vol. 43, Num. 2 (pp. 340-349).
- Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L., & Sacristán, JA. (2009). Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atención Primaria*, 41(6), 342–348.
- Espina, A., Fernández, E., & Pumar, B. (2001). El clima familiar en hogares con niños con trastornos del habla y del lenguaje. *Psiquis*, 22(1), 21-29.
- Ginarte, Y. (2001). La Adherencia Terapéutica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(5), 502-505.
- López, F. (2002) El análisis de contenido como método de investigación. *XXI, Revista de Educación*, 4, 167-179.
- Martín, L., & Grau, JA. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 14(1) 89-99.
- Mir, M., Batle, M. y Hernández, M., (2009). Contextos de colaboración familia-escuela durante la primera infancia. *IN. Revista Electrónica d'Investigació i Innovació Educativa i Socioeducativa*, V.1, n.1, 45-68. Consultado en: http://www.in.uib.cat/pags/volumenes/vol1_num1/m-mir/index.html
- Muñoz, A. (2005). La familia como contexto de desarrollo infantil. Dimensiones de análisis relevantes para la intervención educativa y social. *Portuaria* 5 (2), 147-163.
- Nieto, L. y Pelayo, R. (2009). Revisión del concepto de adherencia al tratamiento y los factores asociados a ésta, como objeto de la psicología de la salud. *Revista Académica e Institucional, Páginas de la UCPR*, (85) 61-75.
- Orden CIN/726/2009, de 18 de marzo, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el

ejercicio de la profesión de Logopeda («B.O.E. núm. 73, de 26 de marzo de 2009»).

- Pascual, P. (1988). La dislalia. Madrid. CEPE
- Quemada, V. (2015) Adherencia terapéutica en un paciente con discapacidad intelectual. Estudio de un caso. Valladolid. Trabajo de Fin de Grado de Logopedia. Universidad de Valladolid.
- Regal, N. (1999). Dislalias. *Rev Cubana Ortod*, 14(2), 89-93.
- Rigueira, AI. (2001). Cumplimiento terapéutico: ¿Qué conocemos en España?. *Atención Primaria* (27), 559-568.
- Rodríguez, A., & Beyebach, M. (1997). ¿Familias poco colaboradoras o terapeutas poco motivadores? Técnicas de entrevista familiar en patología del lenguaje. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 17(1), 21-37.
- Sarto, P. (2001). Familia y discapacidad. *III Congreso "La Atención a la Diversidad en el Sistema Educativo"*.
- Sabaté, E. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción. Organización Mundial de la Salud/OMS, (traducción de la OPS), [acceso 17-7-2009].



Universidad de Valladolid

DECLARACIÓN PERSONAL DE NO PLAGIO

D^{ña}. **Laura García Martínez** con N.I.F. **12416847K**, estudiante del Grado en Logopedia en la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid, como autor/a del trabajo titulado: **ADHERENCIA Y CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO FAMILIAR EN TRATAMIENTOS LOGOPÉDICOS DE DISLALIA** presentado como Trabajo Fin de Grado, para la obtención del título correspondiente,

DECLARO QUE:

es fruto de mi trabajo personal, que no copio, que no utilizo ideas, formulaciones, citas integrales o ilustraciones diversas, extraídas de cualquier obra, artículo, memoria, etc. (en versión impresa o electrónica), sin mencionar de forma clara y estricta su origen, tanto en el cuerpo del texto como en la bibliografía.

Así mismo, que soy plenamente consciente de que el hecho de no respetar estos extremos es objeto de sanciones universitarias y/o de otro orden legal.

En Valladolid, a 11 de Septiembre de 2015

Fdo.: Laura García Martínez

Universidad de Valladolid. Esta DECLARACIÓN PERSONAL DE NO PLAGIO debe acompañar a todos los Trabajos de Fin de Grado conducentes a la obtención del TÍTULO OFICIAL DE GRADO.

UVA	
-----	--